

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, tepelreconstructie
Zaaknummer : 2011.00885
Zittingsdatum : 7 december 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basisaanvullende regeling afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tepelreconstructie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 augustus 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 oktober 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 oktober 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011105889) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 oktober 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft in 2009 een borstverkleining ondergaan.
 - 4.2. Verzoekster stelt dat haar tepels als gevolg van de ondergane borstverkleining waar het betreft pigmentatie en huidstructuur ernstig zijn aangetast. Hierdoor heeft zij nu twee verschillende tepels.
 - 4.3. Verzoekster meent dat zij in aanmerking komt voor een tepelreconstructie, omdat zij voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 20 lid 2 van de zorgverzekering. In haar geval is sprake van verminking ten gevolge van een geneeskundige verrichting. De afwijkende kleur en structuur van haar tepels zijn het gevolg van een complicatie bij de borstverkleining, en derhalve aan te merken als verminking.
 - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Een tepelreconstructie, zijnde een behandeling van plastisch-chirurgische aard, komt voor vergoeding in aanmerking indien het gaat om een correctie van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel van verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting. Bij verminking dient het te gaan om ernstige misvormingen, zoals brandwonden of geamputeerde ledematen.
 - 5.2. De medisch adviseur heeft op basis van de beschikbare gegevens vastgesteld dat verzoeksters indicatie niet aan de genoemde voorwaarden voldoet. De tepelreconstructie komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.
 - 5.3. Voorts is in de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster geen vergoeding is opgenomen voor een tepelreconstructie.

- 5.4. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar geen toegevoegde waarde te zien in een spreekuurbezoek van verzoekster. Desondanks is hij bereid verzoekster hiervoor uit te nodigen, indien verzoekster dit wenst.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*

(...)

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.”

- 8.3 Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4 Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 onderdeel b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak op een tepelreconstructie ten laste van de zorgverzekering, indien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gedacht aan bijvoorbeeld een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten. De commissie oordeelt dat hiervan in het geval van verzoekster niet is gebleken.
- 9.3. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige misvorming, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, en niet door normale kleding te camoufleren. In dit verband is sprake van verminking indien het een misvorming betreft door bijvoorbeeld een derdegraads brandwond of geamputeerde ledematen. Een afwijking van de tepels qua pigmentatie en huidstructuur valt hier niet onder. Dat de aanleiding, zoals verzoekster stelt, een geneeskundige verrichting is, doet aan het ontbreken van een (verzekerings)indicatie in bovenvermelde zin niet af.
- 9.4. Nu een verzekeringsindicatie in de zin van artikel 18 van de zorgverzekering ontbreekt, heeft verzoekster geen aanspraak op een tepelreconstructie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter